

保険医療機関及び保険医療費担当規則

第5条の2の2 【新設】

前条第2項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第5条第1項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、患者から求めがあったときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

4. 特定保険医療材料の見直しについて

特定保険医療材料の見直しについて

現行	改定後
支台築造 メタルコア 大臼歯 71点 小臼歯・前歯 44点 装着 歯冠修復物(1歯につき) 歯科用合着・接着材料Ⅰ グラスアイオノマー系 14点 副子の装着の場合(1歯につき) 歯科用合着・接着材料Ⅰ グラスアイオノマー系 14点 充填 歯科用充填材料Ⅱ グラスアイオノマー系 複雑なもの 11点	支台築造 メタルコア 大臼歯 65点 小臼歯・前歯 40点 装着 歯冠修復物(1歯につき) 歯科用合着・接着材料Ⅰ グラスアイオノマー系 11点 副子の装着の場合(1歯につき) 歯科用合着・接着材料Ⅰ グラスアイオノマー系 11点 充填 歯科用充填材料Ⅱ グラスアイオノマー系 複雑なもの 10点

現行	改定後
金属歯冠修復 銀合金 大臼歯 インレー 単純なもの 18点 複雑なもの 31点 5分の4冠 40点 全部金属冠 49点 小臼歯・前歯・乳歯 インレー 複雑なもの 23点 4分の3冠 28点 5分の4冠 28点 全部金属冠 36点 レジン前装金属冠 銀合金を用いた場合 80点 硬質レジンジャケット冠 歯冠用光重合硬質レジン 219点 CAD/CAM冠 CAD/CAM冠用材料 484点	金属歯冠修復 銀合金 大臼歯 インレー 単純なもの 17点 複雑なもの 30点 5分の4冠 38点 全部金属冠 47点 小臼歯・前歯・乳歯 インレー 複雑なもの 22点 4分の3冠 27点 5分の4冠 27点 全部金属冠 35点 レジン前装金属冠 銀合金を用いた場合 76点 硬質レジンジャケット冠 歯冠用光重合硬質レジン 196点 CAD/CAM冠 CAD/CAM冠用材料 382点

現行	改定後
ポンティック 鑄造ポンティック 銀合金又はニッケルクロム合金 大臼歯・小臼歯 41点 金属裏装ポンティック 銀合金又はニッケルクロム合金 前歯・小臼歯 27点 レジン前装金属ポンティック 銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合 52点 熱可塑性樹脂有床義歯 熱可塑性樹脂有床義歯 46点 装着 歯科用合着・接着材料Ⅰ ガラスアイオノマー系 14点 ダイレクトボンドブラケット ダイレクトボンド用ボンディング材料 7点 リトラクター 1,144点 アクチバートル 19点 リンガルアーチ 228点	ポンティック 鑄造ポンティック 銀合金又はニッケルクロム合金 大臼歯・小臼歯 39点 金属裏装ポンティック 銀合金又はニッケルクロム合金 前歯・小臼歯 26点 レジン前装金属ポンティック 銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合 50点 熱可塑性樹脂有床義歯 熱可塑性樹脂有床義歯 39点 装着 歯科用合着・接着材料Ⅰ ガラスアイオノマー系 11点 ダイレクトボンドブラケット ダイレクトボンド用ボンディング材料 6点 リトラクター 797点 アクチバートル 11点 リンガルアーチ 219点

現行	改定後
マルチブラケット 矯正用線(丸型) 18点 矯正用線(角形) 13点 超弾性矯正用線(丸型及び角形) 27点 保定装置 リンガルアーチ 228点 (新) 帯環 帯環のみ 切歯 18点 犬歯・臼歯 19点 ブラケット付帯 切歯 36点 犬歯・臼歯 37点 チューブ付帯環 臼歯 62点 弾線 6点 トルキングアーチ 25点	マルチブラケット 矯正用線(丸型) 17点 矯正用線(角形) 12点 超弾性矯正用線(丸型及び角形) 26点 保定装置 リンガルアーチ 227点 フィクスドリテーナー 48点 帯環 帯環のみ 切歯 16点 犬歯・臼歯 18点 ブラケット付帯 切歯 34点 犬歯・臼歯 36点 チューブ付帯環 臼歯 61点 弾線 5点 トルキングアーチ 22点

現行	改定後
充填 銀錫アマルガム 金属小釘 バー 屈曲バー 金銀パラジウム合金(金12%以上) パラタルバー リンガルバー	(廃止) (廃止) 一般的名称の「歯科用保持ピン」を廃止 (廃止) (廃止)

※ 前項までの表以外で特定保険医療材料の見直しがなされた項目

・金属歯冠修復（1個につき）

1	14カラット金合金	(1) インレー	複雑なもの	599点 ⇒ 626点
		(2)	4分の3冠	748点 ⇒ 782点
2	金銀パラジウム合金（金12%以上）			
	(1) 大白歯	イ	インレー a 単純なもの	154点 ⇒ 168点
			b 複雑なもの	284点 ⇒ 311点
		ロ	5分の4冠	358点 ⇒ 392点
		ハ	全部金属冠	450点 ⇒ 493点
	(2) 小白歯・前歯	イ	インレー a 単純なもの	105点 ⇒ 115点
			b 複雑なもの	208点 ⇒ 228点
		ロ	4分の3冠	257点 ⇒ 281点
		ハ	5分の4冠	257点 ⇒ 281点
		ニ	全部金属冠	322点 ⇒ 353点

・レジン前装金属冠（1歯につき） 1 金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合 401点 ⇒ 439点

・ポンティック（1歯につき）

1	鑄造ポンティック	(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）	イ	大白歯	518点 ⇒ 567点
			ロ	小白歯	390点 ⇒ 427点
2	金属裏装ポンティック	(1) 14カラット金合金			562点 ⇒ 587点
		(2) 金銀パラジウム合金（金12%以上）	イ	前歯	211点 ⇒ 231点
			ロ	小白歯	265点 ⇒ 290点
3	レジン前装金属ポンティック	(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合			311点 ⇒ 341点

・鑄造鉤（1個につき）

1	14カラット金合金	(1) 双子鉤	イ	大・小白歯	708点 ⇒ 865点
			ロ	犬歯・小白歯	576点 ⇒ 704点
		(2) 二腕鉤（レストつき）	イ	大白歯	576点 ⇒ 704点
			ロ	犬歯・小白歯	442点 ⇒ 541点
			ハ	前歯（切歯）	340点 ⇒ 416点
2	金銀パラジウム合金（金12%以上）	(1) 双子鉤	イ	大・小白歯	414点 ⇒ 454点
			ロ	犬歯・小白歯	324点 ⇒ 355点
		(2) 二腕鉤（レストつき）	イ	大白歯	284点 ⇒ 311点
			ロ	犬歯・小白歯	247点 ⇒ 271点
			ハ	前歯（切歯）	229点 ⇒ 251点

・線鉤（1個につき） 2 14カラット金合金 (1) 双子鉤 390点 ⇒ 429点

(2) 二腕鉤（レストつき） 301点 ⇒ 332点

・コンビネーション鉤（1個につき）

1	鑄造鉤に金銀パラジウム合金（金12%以上）、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合			
	(1) 前歯	158点 ⇒ 169点		
	(2) 犬歯・小白歯	167点 ⇒ 179点		
	(3) 大白歯	186点 ⇒ 199点		

・バー（1個につき）

- 1 鋳造バー（1）金銀パラジウム合金（金12%以上） 664点 ⇒ 727点

Ⅱ. I 以外で告示及び実施上の留意事項通知(算定要件)等が改められた主な内容

(1) 保険医療機関及び保険医療費担当規則

・第5条（一部負担金等の受領）

2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第3号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第4号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第5号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和23年法律第205号）第4条第1項に規定する地域医療支援病院（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が500以上であるものに限る。）及び医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院であるものは、法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。【新設】

- 一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。
- 二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を受けること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

・第5条の4（保険外併用療養費に係る療養の基準等）

保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第5条第2項又は第3項第2号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

※ 患者申出療養の概要（H27.3.4医政発0304第3号・薬生発0304第1号・保発0304第18号）

【患者申出療養に係る基本的な考え方】

我が国においては、国民皆保険の理念の下、必要かつ適切な医療は基本的に保険収載している。その上で、保険収載されていないものの、将来的な保険収載を目指す先進的な医療等については、保険外併用療養費制度として、安全性・有効性等を確認するなどの一定のルールにより保険診療との併用を認めている。

患者申出療養は、困難な病気と闘う患者の思いに応えるため、先進的な医療について、患者の申出を起点とし、安全性・有効性等を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにするものである。

これは、国において安全性・有効性等を確認すること、保険収載に向けた実施計画の作成を臨床研究中核病院に求め、国において確認すること、及び実施状況等の報告を臨床研究中核病院に求めることとした上で、保険外併用療養費制度の中に位置づけるものであるため、いわゆる「混合診療」を無制限に解禁するものではなく、国民皆保険の堅持を前提とするものである。

【患者申出療養に係る申出の対象となる医療技術の分類】

- 1 未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品等の適応外使用を伴わない医療技術
- 2 未承認等の医薬品等の使用又は医薬品等の適応外使用を伴う医療技術

・第23条（処方せんの交付）

※ 様式第2号を改正（保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応欄を追加）本資料の別添 p. 80 を参照。

(2) 基本診療料

- ・**通則3** 入院中の患者（短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）は、入院料、特定入院料又は短期滞在手術基本料の各区分の所定点数に含まれる。 ※ 再診料の注5及び注6とは、診療時間以外の時間、休日又は深夜における加算。

(通知) 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中は、再診料（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合も、再診料は算定できない。この場合において、再診料（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の請求は、診療報酬明細書は入院用を用いる。

ただし、歯科診療以外により入院中の患者が歯科診療により外来を受診した場合は、再診料を算定する。

・**通則**

(通知) 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日の1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。【追加】

・**初診料**

(通知①) 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は、管理計画に基づく一連の治療が終了した日（患者が任意に診療を中止した場合も含む。）から起算して2月以内は再診として取り扱い、2月を超えた場合は初診として取り扱う。【追加】

(通知②) 通知①にかかわらず、次に掲げる場合は、初診として取り扱わない。

イ 欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで1月以上経過した場合

ロ 歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷に係る診療が継続していると推定される場合

・**入院料等**

通則7 前号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、前号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、特定入院料及び短期滞在手術基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。【追加】

・**地域歯科診療支援病院入院加算**

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で歯科訪問診療料又は初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料

(特別入院基本料等を含む。)を現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。 ※ 初診料の注6若しくは再診料の注4とは、歯科診療特別対応加算。

(通知) 地域歯科診療支援病院入院加算は、在宅歯科医療又は障害者歯科医療を後方支援する地域歯科診療支援病院の機能を評価したものであり、別の保険医療機関において歯科訪問診療料又は基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した患者であって、当該別の保険医療機関による歯科診療が困難であると判断されたものについて、当該別の保険医療機関からの診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受け、入院させた場合に入院初日1回を限度として算定する。ただし、入院の月又はその前月に当該別の保険医療機関において、歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合に限る。

(3) 特掲診療料

・通則

(通知) 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日の1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。【追加】

(4) 医学管理等

・歯科疾患管理料

注3 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

※ 注1及び注2の規定とは、歯科疾患管理料の1回目及び2回目以降の算定に係る取扱い。

注7 歯科疾患管理料を算定した月において、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び歯科矯正管理料は、算定できない。

(通知①) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は歯科矯正管理料を算定した患者は、歯科疾患管理料の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料等を算定した日の属する月の翌月以降から歯科疾患管理料を算定できる。この場合において、管理計画を作成して患者等に説明する。

(通知②) 歯科疾患管理料は、新製有床義歯管理料又は歯科口腔リハビリテーション料1(「1 有床義歯の場合」に限る。)を算定している患者(歯の欠損症のみを有する患者を除く。)に対して当該歯科疾患管理を行った場合は算定できる。なお、口腔粘膜疾患等(「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。)を有している患者であつて、現に当該歯科疾患に係る治療(有床義歯を原因とする疾患に係る治療を除く。)又は管理を行っている場合は算定できる。

※ う蝕多発傾向者の判定基準において、従来は「5~7歳」の年齢においては、歯冠修復終了歯が「乳歯3歯以上及び永久歯1歯以上」であったが、「乳歯3歯以上又は永久歯1歯以上」に改められた。

・周術期口腔機能管理料(Ⅰ)

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、がん治療連携指導

料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）及び歯科矯正管理料は算定できない。

・周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

注 1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回を限度として算定する。

注 2 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した月において、歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料（Ⅲ）、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）、歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）及び歯科矯正管理料は算定できない。

・周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

(通知①) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）は、周術期口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、次の区分（省略）に応じて、歯科医師による周術期における口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

(通知②) 通知①の規定に関わらず、歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療を行い当該管理を行う場合は、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）により算定する。ただし、入院中の保険医療機関において周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定する月は算定できない。【追加】

(通知③) 歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料（Ⅲ）、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）、歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）、がん治療連携指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び歯科矯正管理料を算定している同月において、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）は、別に算定できない。ただし、同月であっても、手術前に上記管理料を算定し、手術後において周術期口腔機能管理を行う場合は、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定できる。

・周術期口腔機能管理料（Ⅲ）

注 2 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した月において、歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）、歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）、がん治療連携指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）、在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）及び歯科矯正管理料は算定できない。

・歯科衛生実地指導料

(通知①) 「歯科衛生実地指導料 1」は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合に算定する。

イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ その他、患者の状態に応じて必要な事項

(通知②) 「歯科衛生実地指導料 2」は、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周病に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては月2回の実地指導を合わせて15分以上行った場合に算定する。

イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ その他、患者の状態に応じて必要な事項

・ **歯科特定疾患療養管理料**

注 4 歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期口腔機能管理料（Ⅲ）、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

(通知)「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症（心因性によるものを含む。）、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。）及び睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とはそれぞれ次の疾患をいう。

イ 顎・口腔の先天異常とは、後継永久歯がなく、かつ、著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症又は唇顎口蓋裂（単独又は複合的に発症している症例を含む。以下この表において同じ。）をいう。

ロ 舌痛症とは、ハンター舌炎、メラウ舌炎、プランマー・ヴィンソン症候群又はペラグラであって舌の疼痛を伴うもの及び心因性によるものをいう。

ハ 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）とは、口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血による歯肉出血、原発性血小板減少性紫斑病による歯肉出血、血友病における歯肉出血、口腔のダリェー病、口腔のベーチェット病、口腔の結核、後天性免疫不全症候群による潰瘍等、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。

ニ 口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。）とは、口腔領域以外の悪性腫瘍等の治療のため行われた放射線治療又は化学療法を原因とするものをいう。

ホ 睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とは、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の担当科の医師からの診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づき、口腔内装置治療を必要とするものをいう。

・ **がん治療連携管理料 500点 ⇒**

1	がん診療連携拠点病院の場合	500点
2	地域がん診療病院の場合	300点
3	小児がん拠点病院の場合	750点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

・ **退院前訪問指導料 555点 ⇒ 580点**

・ **薬剤総合評価調整管理料 250点 【新設】**

注 1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、診療情報提供料（Ⅰ）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

(通知①) 薬剤総合評価調整管理料は、内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入

院中の患者以外の患者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該患者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。

(通知②) 薬剤総合評価調整管理料は、当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、薬剤総合評価調整加算と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(通知③) 連携管理加算は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方又は相互作用を有する処方等について、患者が受診する他の保険医療機関又は保険薬局に照会を行った場合及び当該他の保険医療機関等からの情報提供を受けて、処方内容の調整又は評価を行い、その結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行った場合に算定する。

(通知④) 受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。

(通知⑤) 当該管理料の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

(通知⑥) 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。

(通知⑦) 当該保険医療機関で薬剤総合評価調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

・新製有床義歯管理料

(通知①) 有床義歯の新製が予定されている月に旧義歯の修理を行い、有床義歯修理を算定した場合は、「注2」の規定に関わらず、歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時に新製有床義歯管理料を算定して差し支えない。

(通知②) 有床義歯の新製が予定されている月に、やむを得ず旧義歯の調整が必要となり有床義歯の調整を行った場合は歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時は「注2」の規定に関わらず、新製有床義歯管理料を算定する。**【追加】**

※ 「注2」の規定とは、同一月に新製有床義歯管理料と歯科口腔リハビリテーション料1（有床義歯の場合）との併算定はできないという規定。

・退院時共同指導料1

- | | |
|------------------|-------------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 600点 ⇒ 900点 |
| 2 1以外の場合 | 300点 ⇒ 500点 |

・退院時共同指導料2 300点 ⇒ 400点

(5) 在宅医療

・訪問歯科衛生指導料

(通知①) 訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に歯科訪問診療料を算定した患者又はその家族等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して1月以内において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のみを行った場合は算定できない。

(通知②) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に次の事項を記載する。ただし、ハに関しては、訪問歯科衛生指導を開始した日に限り記載することとするが、変更が生じた場合は、その都度記載する。また、当該訪問歯科衛生指導が歯科訪問診療と併せて行われた場合は、ハ及びニについて省略して差し支えない。

- イ 歯科衛生士等に指示した内容
- ロ 指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）
- ハ 訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）
- ニ 歯科訪問診療の際の患者の状態の要点等

(通知③) 訪問歯科衛生指導を行った歯科衛生士等は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。

(通知④) 訪問歯科衛生指導料を算定する月においては、歯科衛生実地指導料は算定できない。

(6) 検査

・歯周病部分的再評価検査

(通知) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び歯周病安定期治療（Ⅱ）の算定期間中は算定できない。

・口腔内写真検査

注 歯周病検査を実施する場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、1回につき5枚を限度として算定する。

(通知①) 写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

(通知②) 撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。

(7) 画像診断

・通則

(通知①) 歯科画像診断管理加算1は、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。歯科画像診断管理加算2は、コンピューター断層撮影（CT撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）又は歯科用3次元エックス線断層撮影について、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する歯科医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する歯科医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない（「通則8」又は「通則9」により算定する場合は除く。）。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

※ 「通則8又は通則9」とは、遠隔画像診断による画像診断を行った場合において、歯科画像診断管理加算1又は歯科画像診断管理加算2を算定する場合。

(通知②) 遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算1は、受信側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。遠隔画像診断を行った

場合、歯科画像診断管理加算 2 は、送信側の保険医療機関において実施されるコンピューター断層撮影(CT撮影)、磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)又は歯科用3次元エックス線断層撮影について、受信側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する歯科医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する歯科医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

・写真診断

(通知①) 写真診断の「単純撮影」及び「造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における、2枚目以降の撮影に係る写真診断は、各区分の所定点数の100分の50により算定する。なお、同一部位であっても前回撮影時と異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。

(通知②) 写真診断を行った場合は、診断に係る必要な所見を診療録に記載する。

(8) 投薬

・処方料

注 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。【新設】

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 3点

(通知①) 「注 9」に規定する外来後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。

(通知②) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が60%以上又は70%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき3点又は4点を所定点数に加算する。

【特掲診療料の施設基準(外来後発医薬品使用体制加算 1)】 【新設】 (告示)

- (1) 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上（外来後発医薬品使用体制加算 2 の場合は六割以上）であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

・処方せん料

注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。

イ 一般名処方加算1 3点

ロ 一般名処方加算2 2点

(通知) 「注6」に規定する一般名処方加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方せんを交付した場合に限り算定できるものであり、交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

(9) 注射

・ **通則6** 静脈内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 780点 ⇒ 820点

② 15歳以上 580点 ⇒ 600点

(2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 630点 ⇒ 670点

② 15歳以上 430点 ⇒ 450点

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 700点 ⇒ 740点

② 15歳以上 450点 ⇒ 470点

(2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 600点 ⇒ 640点

② 15歳以上 350点 ⇒ 370点

・ **皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 18点 ⇒ 20点**

(10) リハビリテーション

・ **通則4** 脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。【追加】

・ **歯科口腔リハビリテーション料1**

(通知①) 有床義歯の新製が予定されている月に旧義歯の修理を行い、有床義歯修理を算定した場合は、新製有床義歯管理料の「注2」の規定に関わらず、「有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時に新製有床

義歯管理料を算定して差し支えない。

※ 新製有床義歯管理料の「注2」の規定とは、「新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は歯科口腔リハビリテーション料1（有床義歯の場合に限る。）は算定できない。」の規定をいう。

(通知②) 有床義歯の新製が予定されている月に、やむを得ず旧義歯の調整が必要となり有床義歯の調整を行った場合は「有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時は新製有床義歯管理料の「注2」の規定に関わらず、新製有床義歯管理料を算定する。【追加】

・歯科口腔リハビリテーション料2

(通知①) 顎関節症を有する患者であって、顎関節治療用装置製作のため、床副子の「困難なもの」を装着している患者に対して、療養上の指導又は訓練を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に算定する。なお、別の保険医療機関で製作した床副子を装着している場合においても、当該リハビリテーション料により算定する。

(通知②) 当該装置の調整・修理を行う場合にあっては、床副子調整・修理により算定する。【追加】

・がん患者リハビリテーション料

(通知①) がん患者リハビリテーションを行う際は、歯科医師及び当該歯科医師と連携する医師の定期的な診察結果に基づき、歯科医師、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同して医科点数表のリハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を作成していること。なお、がん患者リハビリテーションの開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して当該がん患者リハビリテーションの実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にキャンサーボードに参加することが望ましい。

(通知②) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

(11) 処置

・咬合調整

(通知) 新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合は、同一初診期間中、「1歯以上10歯未満」又は「10歯以上」のうち、いずれか1回を限度として算定する。

・加圧根管充填処置

(通知) 加圧根管充填処置を行った場合は、歯科エックス線撮影を行い、気密な根管充填が行われていることを確認するが、妊娠中で同意が得られない場合においてはこの限りでない。ただし、この場合においては、その理由を診療録に記載すること。【追加】

・外科後処置

(通知①) 外科後処置とは、蜂窩織炎や膿瘍形成等の術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、歯科治療上必要があつてドレーン（歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものは除く。）を使用した処置をいう。なお、単純な外科後処置は、基本診療料に含まれる。

(通知②) 手術当日に実施した外科後処置は、手術の所定点数に含まれる。【追加】

・創傷処置

2	100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	55点 ⇒ 60点
3	500平方センチメートル以上	85点 ⇒ 90点

・歯科ドレーン法

(通知) 手術当日に実施した歯科ドレーン法は、手術の所定点数に含まれる。【追加】

・歯周基本治療処置

(通知) 歯周基本治療処置とは、歯周疾患において、歯周基本治療を行った部位に対して、歯周疾患の症状の改善を目的として、薬剤による歯周ポケット内洗浄等の処置（歯周疾患処置を除く。）をいう。この場合において、1口腔につき月1回を限度として算定し、使用した薬剤名を診療録に記載する。

・床副子 ※ 床副子については、本資料の p. 39～41 も参照。

(通知①) 「睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（上顎又は下顎のいずれかに装着するもの）」及び「睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（上顎及び下顎に装着し、1装置として使用するもの）」の製作に当たって、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科医師からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定する。

(通知②) 咬合挙上副子の装着後、咬合関係等を検査し、調整した場合は1口腔1回につき床副子調整・修理の「床副子調整の睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合以外の場合 220点」により算定する。ただし、咬合採得は算定できない。

(通知③) 歯ぎしり治療の補助として咬合を挙上し、軋音の発生を防止するために、咬合床（上顎及び下顎に装着し、1装置として使用するもの）を製作するに当たり、印象採得を行った場合は、1装置につき印象採得の「欠損補綴の単純印象の困難なもの 70点」を、咬合採得を行った場合は咬合採得の「欠損補綴の有床義歯の多数歯欠損 185点」を、装着を行った場合は装着の「欠損補綴の口蓋補綴、顎補綴の印象採得が困難なもの 150点」により算定する。

(通知④) 歯ぎしりに対する咬合床（上顎又は下顎に装着するもの）を製作するに当たり、咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できないが、当該咬合床の製作に際し印象採得を行った場合は印象採得の「欠損補綴の単純印象の簡単なもの 40点」により、装着を行った場合は装着の「欠損補綴の口蓋補綴、顎補綴の印象採得が困難なもの 150点」により算定する。

(通知⑤) 「摂食機能の改善を目的とするもの」とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。なお、「旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。

※ 当該通知において、対象患者の要件として「摂食機能療法を現に算定している」の部分が削除された。

・歯冠修復物又は補綴物の除去【項目名の見直し】

「3 根管ポストを有する鑄造体の除去」⇒「3 著しく困難なもの」

(通知①) 小児保険装置のループ部分を切断した場合は、ループ部分切断後の乳歯金属冠を継続して使用する場合に限り、「簡単なもの」により算定する。【追加】

(通知②) 「困難なもの」とは、全部金属冠、5分の4冠、4分の3冠、レジン前装金属冠又は当該歯が急性の歯髄炎又は根尖性歯周炎に罹患している場合であって、患者が苦痛を訴えるため除去が困難な金属歯冠修復物の除去をいう。

(通知③) 「困難なもの」により算定するものは、通知②の他、次のものをいう。

イ 滑面板の撤去

ロ 整復装置の撤去（3分の1顎につき）

ハ ポンティックのみの除去

ニ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断

ホ 歯間に嵌入了る有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合

ヘ 支台築造用のスクリーポスト又は金属小釘の除去

※ 当該通知において、ポンティックのみの除去における「切断部位1箇所につき」の部分、スクリーポ
ストの除去における「1本につき」の部分は削除された。

(通知④)「著しく困難なもの」とは、歯根の長さの3分の1以上のポストにより根管内に維持を求めるために製
作された鋳造体又は支台築造用レジンを含むファイバーポストの除去をいう。

・心身医学療法

(通知)「注4」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、
20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。【追加】

※ 「注4」に規定する加算とは、20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合の加算。

・機械的歯面清掃処置

注2 歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕加算、歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療（Ⅱ）を算
定した月は算定できない。【追加】

注3 当該処置を算定した翌月は、算定できない。【追加】

(通知)機械的歯面清掃処置とは、歯周疾患に罹患している患者に対し、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生
士が、歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、歯科疾患管理料又は歯科疾
患在宅療養管理料を算定した患者に対して月1回を限度として算定する。また、機械的歯面清掃処置を算定す
る日の属する月の翌月及び歯周病安定期治療（Ⅰ）、歯周病安定期治療（Ⅱ）又は歯科疾患管理料のエナメル質
初期う蝕管理加算を算定した月は算定できない。

(12) 手術

・通則13

(通知)「通則13」の植皮術とは、分層植皮術及び全層植皮術をいう。【追加】

・歯根端切除手術（1歯につき）

1 2以外の場合 1,350点

2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点

注3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た
保険医療機関において、当該手術を実施した場合に算定する。【新設】

※ 2については施設基準となったため、届出を行わなければ2の算定はできない。

【特掲診療料の施設基準(歯根端切除手術の注3)】 【新設】 (告示)

当該処置を行うにつき十分な体制を整備していること。

【特掲診療料の施設基準(歯根端切除手術の注3)】 【新設】 (通知)

(1)手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されて
いること。

(2)保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

(通知)2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た医療
機関において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、手術用顕微
鏡を用いて行った場合に算定する。

※ 「他の医療機関で歯科用3次元エックス線断層撮影を実施した患者に対して行った場合は算定できない。」

旨の通知は削除されたため、歯科用3次元エックス線断層撮影は他院でも可能となった。

・歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

(通知)上顎臼後結節の頰側が隆起し、義歯装着に際して障害になる場合において、上顎臼後結節部の頰側隆起部
を削除及び整形した場合は当該区分の所定点数により算定する。【追加】

・口腔底悪性腫瘍手術	24,050点 ⇒ 28,140点
・舌悪性腫瘍手術	
1 切除	18,810点 ⇒ 22,010点
2 亜全摘	64,160点 ⇒ 75,070点
・顎・口蓋裂形成手術	
口 両側	29,040点 ⇒ 31,940点
・口唇裂形成手術（片側）	
3 鼻腔底形成を伴う場合	22,140点 ⇒ 24,350点
・口唇裂形成手術（両側）	
3 鼻腔底形成を伴う場合	33,290点 ⇒ 36,620点
・鼻咽腔閉鎖術	21,630点 ⇒ 23,790点
・口唇悪性腫瘍手術	28,210点 ⇒ 33,010点
・口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89,100点 ⇒ 108,700点
・頬粘膜悪性腫瘍手術	22,490点 ⇒ 26,310点
・上顎骨悪性腫瘍手術	
2 切除	28,210点 ⇒ 34,420点
3 全摘	56,130点 ⇒ 68,480点
・下顎骨離断術	23,600点 ⇒ 27,140点
・下顎骨悪性腫瘍手術	
1 切除	32,550点 ⇒ 40,360点
2 切断	43,410点 ⇒ 53,830点
・顎下腺悪性腫瘍手術	28,210点 ⇒ 33,010点
・耳下腺腫瘍摘出術	
2 耳下腺深葉摘出術	31,100点 ⇒ 34,210点
・耳下腺悪性腫瘍手術	
1 切除	28,210点 ⇒ 33,010点
2 全摘	37,620点 ⇒ 44,020点
・歯周外科手術（1歯につき）	

注3 歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療（Ⅱ）を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。

※ 注1の加算とは、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合の110点の加算。

(通知①) 歯周外科手術とは、歯周病検査の歯周精密検査の結果に基づき行われる歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術をいう。なお、歯周外科手術の実施に当たっては、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とする。

(通知②) 「簡単な暫間固定」とは、暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行う歯数が4歯未満の場合であって、固定源となる歯を歯数に含めない4歯未満の暫間固定をいう。

(通知③) 暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行う歯数が4歯以上の場合であって、固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定は、歯周外科手術とは別に暫間固定の「困難なもの」の所定点数により算定する。

・骨移植術（軟骨移植術を含む。）

2 同種骨移植（生体）	20,770点 ⇒ 23,890点		
3 同種骨移植（非生体）	18,300点 ⇒	〔	イ 同種骨移植（特殊なもの） 24,370点
			ロ その他の場合 21,050点

(通知①) 同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

(通知②) 「3 同種骨移植（非生体）」の「イ 同種骨移植（特殊なもの）」は、腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び靭帯組織の欠損に対して、日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種骨及び靭帯組織を使用した場合に限り算定できる。なお、この場合、骨移植等を行った保険医療機関と骨移植等に用いた同種骨等を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、同種骨移植等を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。**【追加】**

(通知③) その他骨移植術の医科と共通の項目は、医科点数表の骨移植術の例により算定する。**【追加】**

・頬骨変形治療骨折矯正術 35,100点 ⇒ 38,610点

・下顎骨折観血的手術

2 両側 24,840点 ⇒ 27,320点

・下顎骨形成術

2 短縮又は伸長の場合 22,310点 ⇒ 25,660点

3 再建の場合 36,080点 ⇒ 43,300点

・下顎骨延長術

1 片側 22,310点 ⇒ 25,660点

2 両側 33,460点 ⇒ 40,150点

・顔面多発骨折観血的手術 34,520点 ⇒ 39,700点

・顎関節脱臼観血的手術 23,830点 ⇒ 26,210点

・顎関節円板整位術

1 顎関節鏡下円板整位術 18,810点 ⇒ 20,690点

・創傷処理

3 筋肉、臓器に達するもの

（長径10センチメートル以上） 2,000点 ⇒

3 筋肉、臓器に達するもの

（長径10センチメートル以上）

イ 頭頸部のもの

（長径20センチメートル以上に限る。） 7,170点

ロ その他のもの

2,000点

(通知) 「3」の「イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）」は、長径20センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。**【追加】**

・皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

3 100平方センチメートル以上 20,280点 ⇒ 22,310点

・遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 84,050点 ⇒ 92,460点

・複合組織移植術 15,210点 ⇒ 17,490点

・自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 110,700点 ⇒ 127,310点

・動脈形成術、吻合術 18,080点 ⇒ 21,700点

・神経再生誘導術

(通知) 神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。【追加】

- ・ 交感神経節切除術 23,660点 ⇒ 26,030点
- ・ 顔面神経麻痺形成手術
2 動的なもの 58,500点 ⇒ 64,350点

(13) 放射線治療

- ・ 通則 1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。

※ 第1節は放射線治療管理料・実施料、第2節は特定保険医療材料料。

- ・ 密封小線源治療

注 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（腔内照射の高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合に限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。【新設】

(通知) 画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理QAガイドラン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

- ・ 第2節 特定保険医療材料料 【新設】

特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 【新設】

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

(14) 歯冠修復及び欠損補綴

- ・ 通則

※ 未来院請求に係る通知上、支台築造は「間接法により製作した場合に限る。」ことが追加された。

- ・ クラウン・ブリッジ維持管理料

注 4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。

※ 「通則第4号」とは、6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難なものに対して加算する場合。

(通知①) 「注1」の「歯冠補綴物」とは、金属歯冠修復（「1 インレー」を除く。）、レジン前装金属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠及びCAD/CAM冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴、歯科用金属を原因とする金属アレルギー患者に対して装着した硬質レジンジャケット冠、歯科用金属を原因とする金属アレルギー患者に対して装着したCAD/CAM冠及びすべての支台をインレーとするブリッジは、クラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。

※ 「注1」とは、「クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合」をいう。

(通知②) 「注1」に規定する文書とは、当該維持管理の対象となる補綴物ごとに、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位、装着日、保険医療機関名等を記載したものをいい、患者に対し、クラウン・ブリッジ維持管理に係る説明を行い、その内容を文書により提供した場合に限り当該管理料算定する。ただし、同日に複数の補綴物を装着した場合は、主たる補綴物の維持管理料に係る文書に集約して記載し、提供して差し支えない。また、患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。なお、クラウン・ブリッジの維持・管理を実施する旨を届け出た保険医療機関で製作された補綴物は、「注1」に規定する文書を提供していない場合であっても

クラウン・ブリッジ維持管理の対象となる。

(通知③)「注2」の「補綴関連検査」とは、顎運動関連検査及び歯冠補綴時色調採得検査に定める各検査をいう。

※ 「注2」とは、「クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した日から起算して2年以内に当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用」をいう。

(通知④)クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯に対して、当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の装着に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、装着に使用した装着材料料は別に算定する。【追加】

(通知⑤)「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して2年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等(歯周疾患が原因である場合を除く。)によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯を抜歯し、次の場合に該当するブリッジを装着する場合は、予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は画像診断の撮影料及びフィルム料に準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

イ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が新たに製作するブリッジの支台歯となる場合

ロ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が抜歯され、当該部位が新たに製作するブリッジのポンティックとなる場合

・歯冠形成

(通知)初期う蝕早期充填処置を実施した歯について、やむを得ず充填形成又はインレー形成を行う場合は「窩洞形成」により算定する。【追加】

・う蝕歯即時充填形成

(通知)知覚過敏処置を実施した歯に対して、やむを得ず充填処置が必要となった場合は、う蝕歯即時充填形成により算定する。【追加】

・印象採得

(通知)その他の印象採得は、次により算定する。

イ 「歯冠修復の連合印象」は、金属歯冠修復、レジン前装金属冠、硬質レジンジャケット冠及びCAD/CAM冠において連合印象又は各個トレーを用いて行ったものが該当する。

ロ 「欠損補綴の単純印象の簡単なもの」は、1歯から8歯欠損までの欠損補綴(ブリッジを除く。)、有床義歯修理等が該当する。

ハ 9歯以上の欠損補綴又はケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合若しくは分割印象等を行わなければ所期の目的を達し得ない場合は、「欠損補綴の単純印象の困難なもの」により算定する。

ニ 欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合(ホに規定する場合を除く。)又は有床義歯床裏装の印象採得料は「欠損補綴の連合印象」により算定する。

ホ 「欠損補綴の特殊印象」とは、欠損補綴でレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いて咬合圧印象を行った場合をいう。また、フレンジテクニック、マイオモニターによる印象又は各個トレー及び歯科用インプレッションコンパウンドを用いて筋圧形成を行いラバー系印象材等を用いて機能印象を行った場合も本区分により算定する。

ヘ ケロイドにより口唇狭小の際に、連合印象又は特殊印象を行った場合は、「欠損補綴の連合印象」又は「欠損補綴の特殊印象」によりそれぞれの所定点数を算定する。

・テンポラリークラウン

注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、歯冠形成のうち、レジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジンジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回を限度として算定する。

・リテイナー

(通知) リテイナーは、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、当該歯を支台とするリテイナーを製作した場合に、当該歯に係る処置等を開始した日からブリッジを装着するまでの期間において、1装置につき1回を限度として算定する。なお、分割して製作した場合であっても、ブリッジ1装置につき1回の算定とする。また、ブリッジ装着までの修理等は、所定点数に含まれ別に算定できない。

・装着

(通知) 「注1」の「内面処理」とは、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びシランカップリング処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。**【追加】**

※ 「注1」とは、CAD/CAM冠を装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行い加算した場合。

・金属歯冠修復

(通知①) 「インレーの単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞に行うインレーをいう。

(通知②) 「インレーの複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞に行うインレーをいう。

(通知③) 乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する金属歯冠修復は、交換期を考慮して金属歯冠修復を行うことは認められるが、乳歯の解剖学的特殊性を考慮して窩洞形成を行う。ただし、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯については、歯科用金銀パラジウム合金を使用しても差し支えない。

・硬質レジンジャケット冠

(通知) 後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合は所定点数により算定する。**【追加】**

・有床義歯

(通知) 新たに有床義歯を製作する場合は、原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して6カ月を経過した以降に、新たに製作する有床義歯の印象採得を行うものとする。ただし、遠隔地への転居のため通院が不能になった場合、急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合等の特別な場合を除く。なお、「有床義歯の取扱いについて」（昭和56年5月29日保険発第44号）は、平成28年3月31日をもって廃止する。**【追加】**

・鑄造鉤

(通知) 14カラット金合金による鑄造鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。

・線鉤

(通知) 14カラット金合金による線鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。**【追加】**

・バー

(通知①) 保持装置とは、1歯欠損に相当する孤立した中間欠損部位を含む有床義歯において、鑄造バー又は屈曲バーと当該欠損部に用いる人工歯を連結するために使用される小連結子をいう。

(通知②) ケネディバーは「鑄造バー」により算定し、「鑄造バー」によるリンガルバーと併用した場合には、それぞれについて「鑄造バー」により算定する。

・有床義歯修理

(通知) 総義歯又は多数歯欠損の局部義歯において、咬合高径を調整する目的で人工歯の咬合面にレジンを追加し咬合の再形成を行った場合又は当該義歯の床縁形態を修正する目的で当該義歯の床縁全周にわたりレジンを追加し床延長する場合は、1回に限り所定点数により算定する。【追加】

・歯冠補綴物修理 【名称の見直し】 ※ 従来の歯冠継続歯修理。

(通知) 歯冠継続歯の修理は、本区分により算定する。【追加】

(15) 病理診断

・通則 【追加】

(通知①) 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本の送付側の保険医療機関において口腔病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側の保険医療機関において、別添様式4又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側の保険医療機関に交付するものであること。更に、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。

また、口腔病理診断料の口腔病理診断管理加算1又は2については、標本の受取側の保険医療機関において、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、標本の送付側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。標本の受取側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本の送付側、標本受取側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

(通知②) テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において医科点数表の術中迅速病理組織標本作製及び口腔病理診断料の「1」を算定できる。また、口腔病理診断料の口腔病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設規準に適合しているものとして地方厚生局等に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

(通知③) テレパソロジーによる術中迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において医科点数表の術中迅速細胞診及び口腔病理診断料の「2」を算定できる。また、口腔病理診断料の口腔病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設規準に適合しているものとして地方厚生局等に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

・口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）

- | | |
|---------|-------------|
| 1 組織診断料 | 400点 ⇒ 450点 |
| 2 細胞診断料 | 200点 |

(16) 経過措置

- ・特掲診療料の規定にかかわらず、がん性疼痛緩和指導管理料の2（緩和ケアに係る研修を受けた歯科医師による場合以外の場合）に規定する診療料は、平成29年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

Ⅲ. その他、改定等が行われた内容(項目のみ)

(1) 新設項目

- ・入院基本料等加算（退院支援加算、薬剤総合評価調整加算）
- ・リハビリテーション（廃用症候群リハビリテーション料） など

(2) 削除項目

- ・入院基本料等加算（退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算）

(3) 見直し等項目

- ・入院料等（通則）
- ・入院基本料等加算
- ・医学管理等（入院栄養食事指導料、介護支援連携指導料、薬剤管理指導料）
- ・在宅医療（救急搬送診療料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料）
- ・画像診断（通則）
- ・注射（無菌製剤処理料）
- ・リハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料） など

※ 平成28年度診療報酬改定内容に係る告示・通知・疑義解釈等については、随時、厚生労働省ホームページに掲載されます。

※ 北海道厚生局ホームページにも、本資料や施設基準届出用紙などに関してダウンロードできるように掲載されます。

※ 届出用紙等に関しましては、従来どおりFAXや郵送での取扱もしておりますので、北海道厚生局のホームページよりダウンロードできない場合等におかれましては、下記の北海道厚生局担当課宛にご連絡ください。

厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

「平成28年度診療報酬改定について」の特設ページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>

北海道厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>

「平成28年度診療報酬改定に伴う関連資料等について」の特設ページ

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/h28kaitei.html

厚生労働省 北海道厚生局 指導部門

〒060-0807

北海道札幌市北区北7条西2丁目15番1 野村不動産札幌ビル2階

医療課 TEL：011-796-5105 FAX：011-796-5133

管理課 TEL：011-796-5155

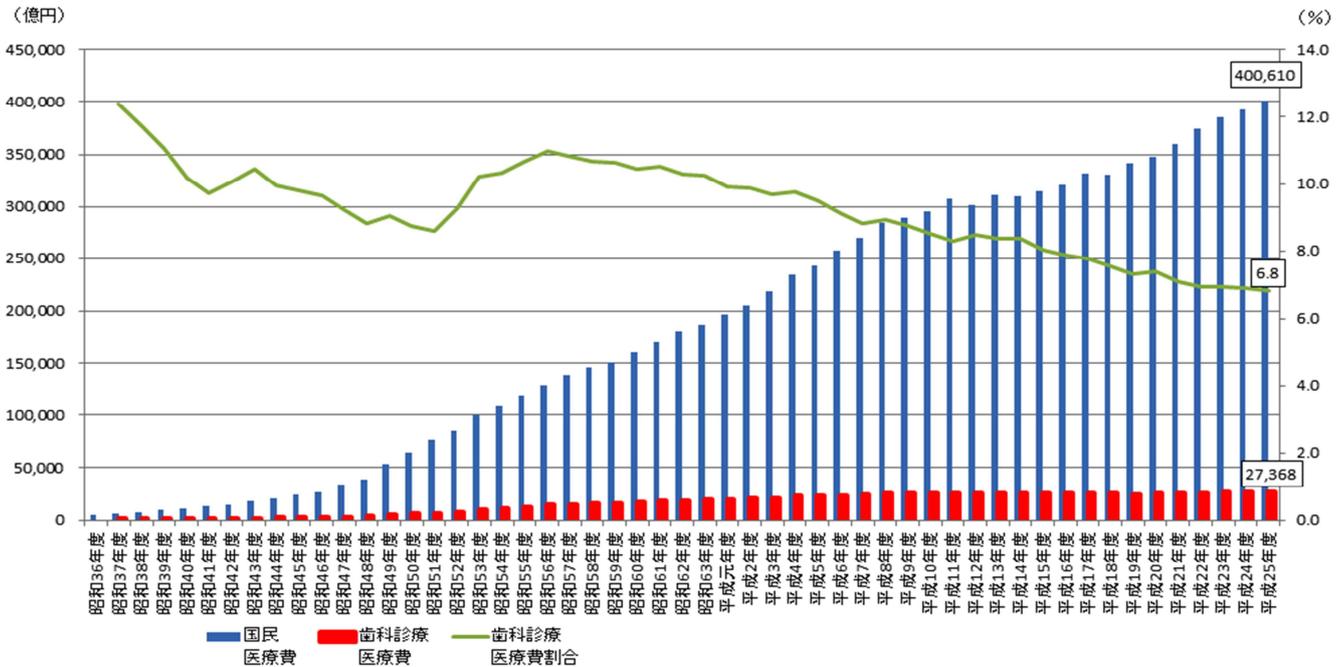
調査課 TEL：011-796-5159

IV. 参考

1. 歯科保健医療を取り巻く現状などについて

国民医療費と歯科診療医療費の年次推移

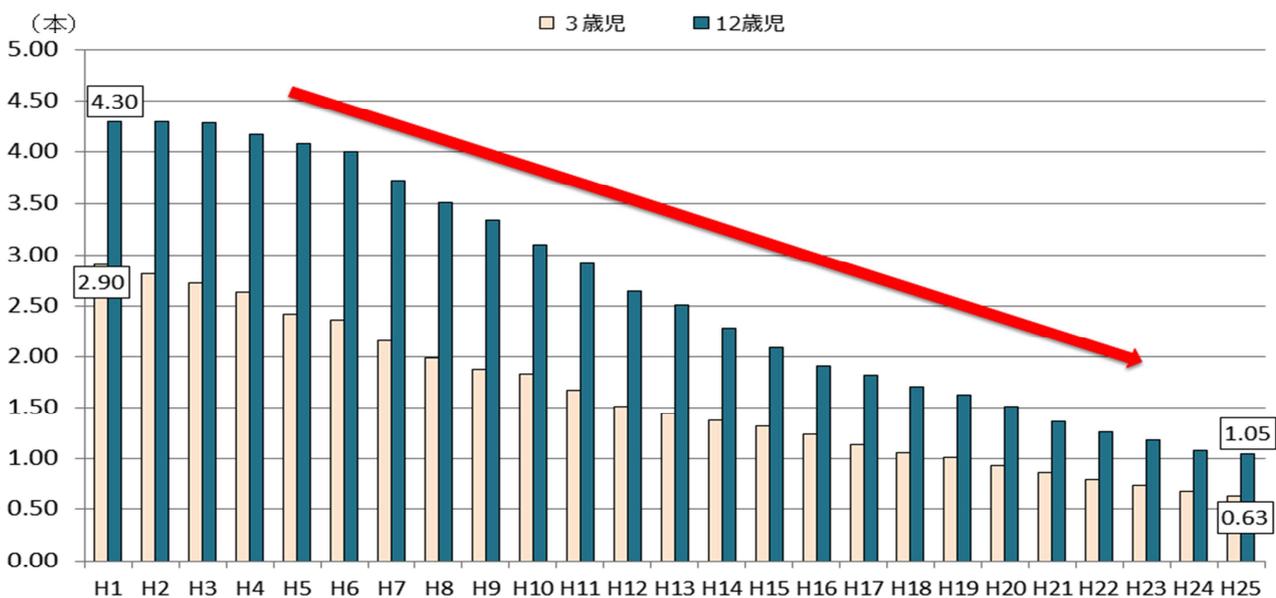
○ 「歯科診療医療費」は約2.7兆円(H25年度)。国民医療費に占める歯科医療費の割合は、昭和50年頃は約10%であったが、減少して約7%(H25年度)となっている。



出典:国民医療費

3歳児、12歳児の一人平均う蝕歯数の年次推移

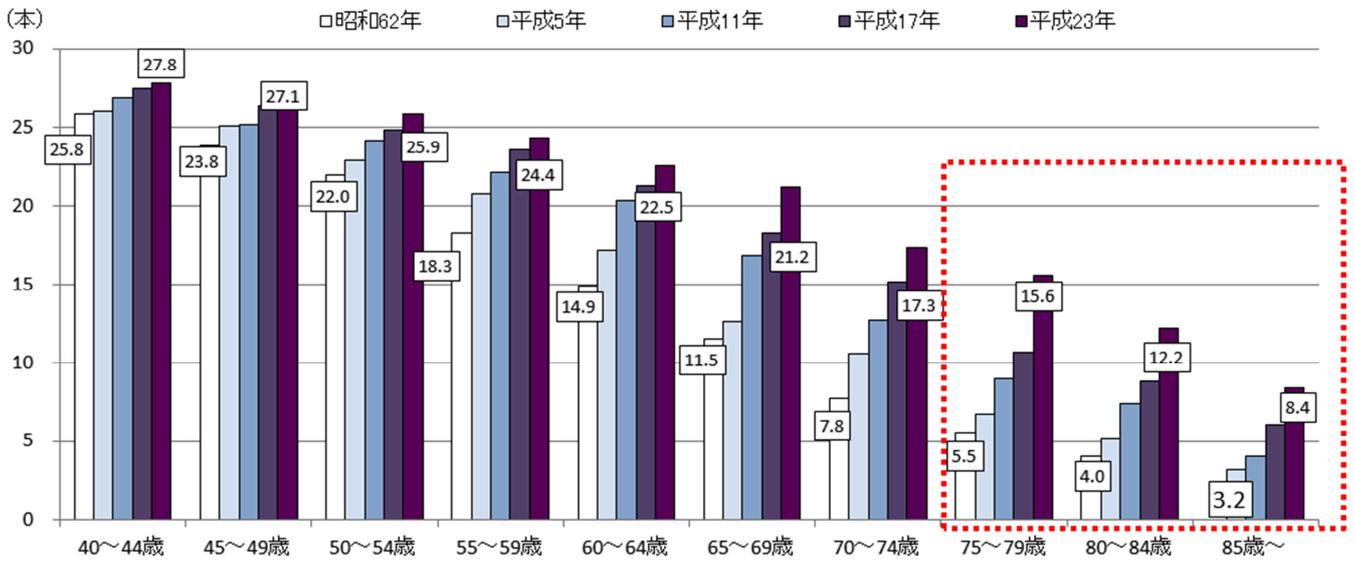
- 3歳児のう蝕歯数は、2.90本(H1)から0.63本(H25)、と年々減少している。
- 12歳児のう蝕歯数は、4.30本(H1)から1.05本(H25)、と年々減少している。



出典:3歳児:母子保健課・歯科保健課調べ、12歳児:学校保健統計調査(文部科学省)

年齢階級別の一人平均現在歯数

- 各調査年を比較すると、すべての年齢階級で一人平均現在歯数は増加傾向にある。
- 昭和62年と平成23年を比較すると、75～79歳で最も多く増加しており高齢者における増加が顕著である。

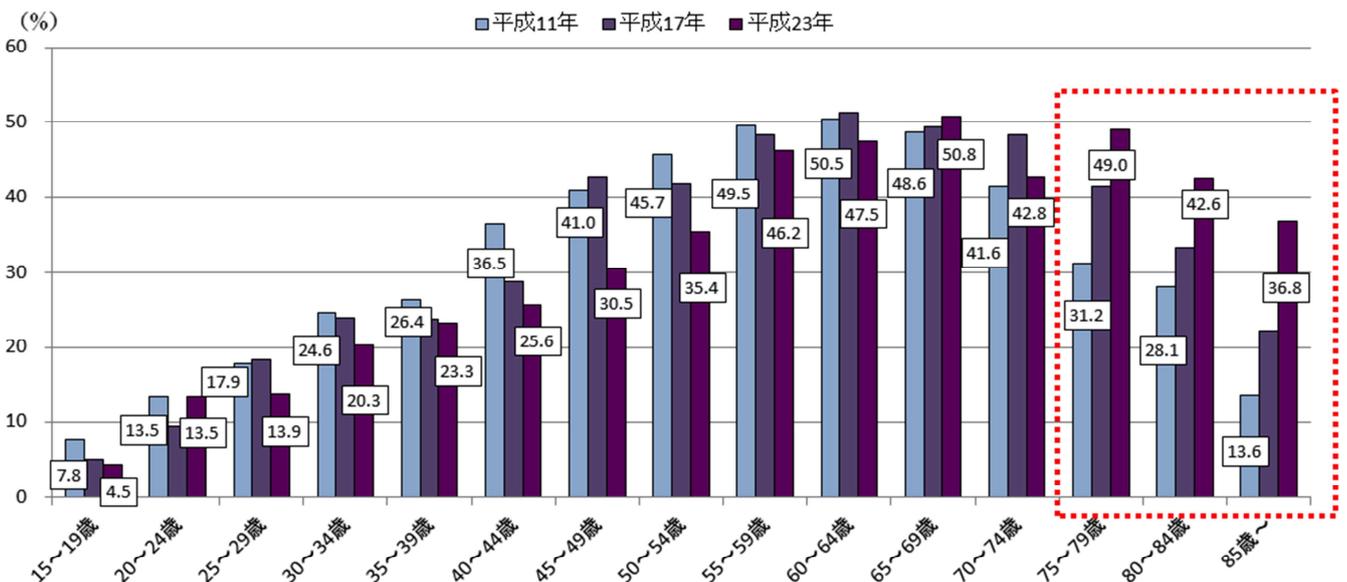


* 昭和62年の80～84の年齢階級は参考値
(80歳以上で一つの年齢階級としているため)

出典：歯科疾患実態調査(昭和32年より6年ごとに実施)

歯周病罹患率(4mm以上の歯周ポケットを有する者)の割合

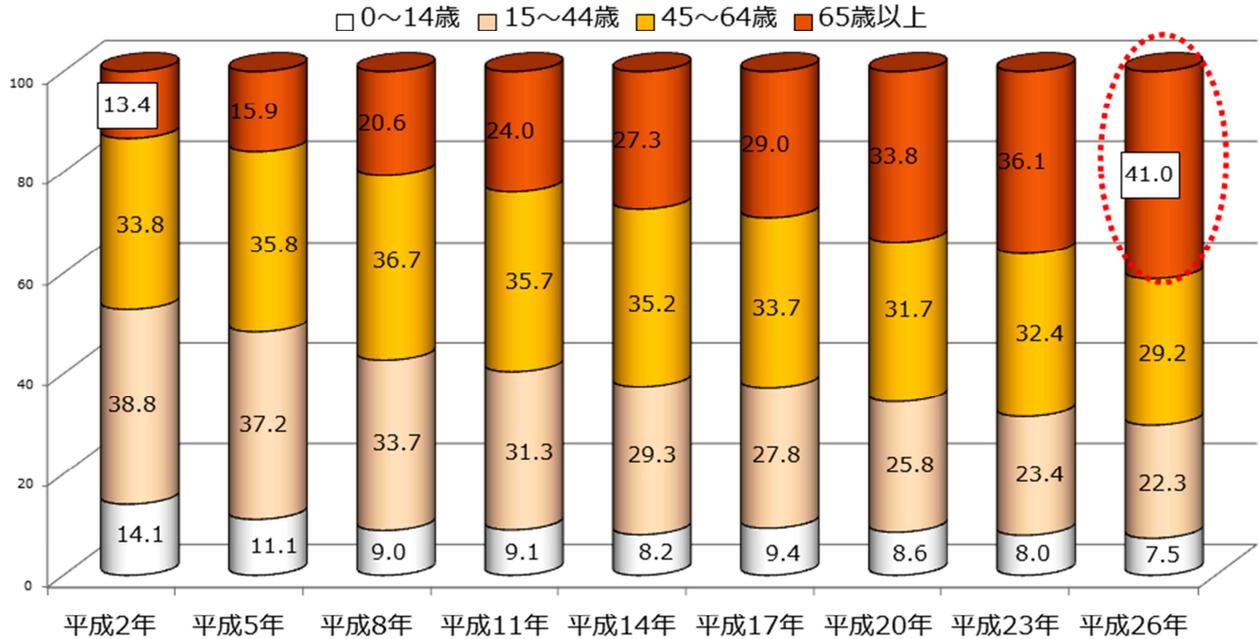
- 平成11年と平成23年の歯周病罹患率を比較すると、64歳までは減少傾向にある。
- 一方、高齢者では増加傾向にあり、特に75歳以上で顕著である。



出典：歯科疾患実態調査(昭和32年より6年ごとに実施)

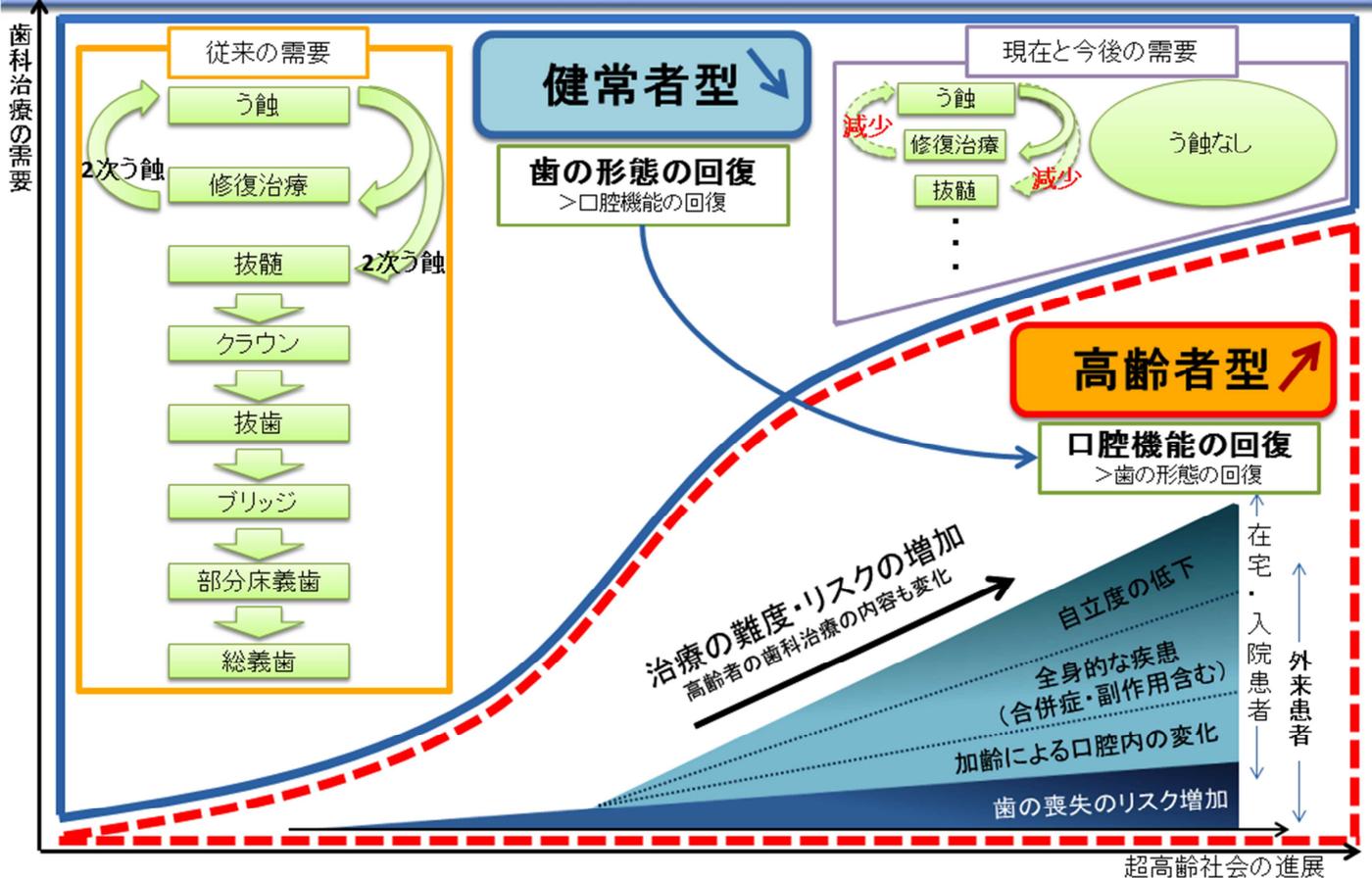
歯科における年齢(4区分)別患者数の割合

- 歯科診療所を受診した患者の年齢構成をみると、年々、若年者が減少し高齢者の割合が増加している。
- 65歳以上の患者は、平成2年では約13%であったのが、平成26年では40%以上へと増加している。



出典：厚生労働省 患者調査

歯科治療の需要の将来予想(イメージ)



○ 周術期の口腔機能管理を実施すると、術後肺炎発症が抑えられることが明らかになったことから、周術期における医科と歯科の連携は重要である。

変数	ハザード比	95%信頼区間	p値
口腔機能管理あり	0.42	0.23~0.77	p<0.01
術後嚥下障害あり	9.32	4.97~17.45	p<0.001
糖尿病	2.69	1.08~6.69	p<0.05

(n=383)

調査方法: 多施設共同後ろ向き観察研究

対象: 鹿児島大学病院, 長崎大学病院, 神戸大学病院, 信州大学病院, 名古屋市立大学病院, 関西医科大学病院の6病院において手術を施行した食道がん(内視鏡による手術を除く)383例を対象とした。

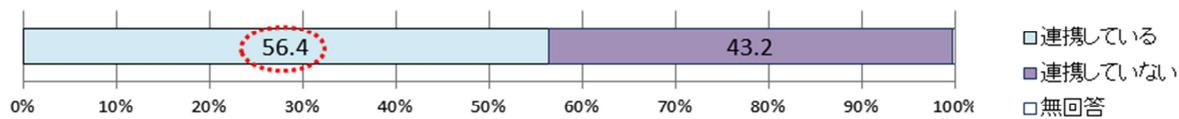
解析方法: 目的変数を「術後肺炎発症」として、説明変数を「①患者因子: 年齢・性・BMI・喫煙・飲酒・糖尿・高血圧・クレアチニン・FEV1%・アルブミン、②腫瘍因子: 部位・ステージ、③治療因子: 手術時間・出血量・開胸の有無・術前化学療法、④術後嚥下障害の有無、⑤口腔機能管理の有無」とした多変量解析を行った。

出典: 長崎大学歯学部梅田教授の資料を一部改変

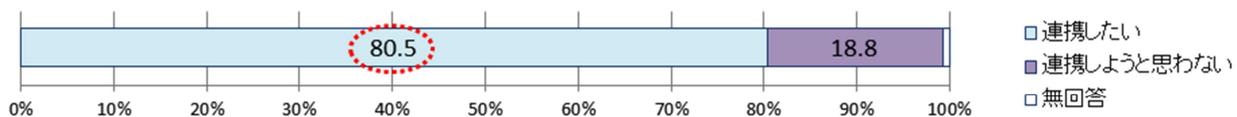
周術期口腔機能管理に関する連携(歯科がある病院と歯科診療所)①

- 周術期口腔機能管理の請求を行ったことのある医療機関(歯科を有する病院)のうち、当該患者の「かかりつけ歯科診療所」と連携している医療機関は約56%であった。
- 「かかりつけ歯科診療所」と連携していない医療機関(歯科を有する病院)について、今後の意向を調査したところ、約80%の医療機関は「連携したい」と考えていた。

かかりつけ歯科診療所と病診連携の実施有無 (N=296)



現在かかりつけ歯科診療所と連携していない病院について、今後のかかりつけ歯科診療所と病診連携の実施意向 (N=128)



調査対象: 日本口腔外科学会認定研修施設ならびに准研修施設である460施設
 施設の内訳: 歯学部付属病院、大学(医歯薬総合)病院、医学部附属病院歯科口腔外科、病院歯科口腔外科、歯科病院
 調査期間: 平成25年8月7日~同年11月12日
 ※「かかりつけ歯科診療所」: 調査内で定義なし

出典: 周術期口腔機能管理アンケート調査報告書(公益社団法人日本口腔外科学会, 平成26年)

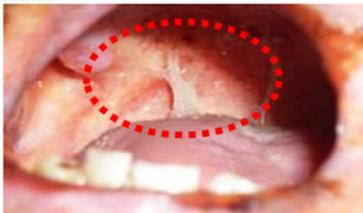
○ 栄養サポートチームにおける連携 (例)

- NST回診時、病棟からの依頼や必要に応じて口腔内診査・口腔管理
- 口腔管理(口腔清掃方法、口腔乾燥に対するケア、義歯の使用方法等)に関して、患者本人または看護師等への指導・助言
- 歯科医療関係者による専門的な口腔管理の必要性の判断
- 歯科治療の必要性の判断→必要に応じて応急処置、緊急性がない場合は歯科治療の依頼

【NST回診による連携事例】 化学療法開始後、栄養摂取に困難をきたした症例

(症例) 67歳 男性 進行性胃がんにて入院 化学療法施行

NST介入前



➢ 義歯が装着されず、痰が絡んだ状態となっている

【NST回診による歯科介入】

- キシロカインスプレーを使用した口腔ケア管理
- 上下顎の義歯内面適合法を実施

NST介入前後



- 口腔内の環境が改善し、義歯の修理・調整を行ったことにより、**経口摂取が可能**になった
- **栄養摂取量が増加**し、一時退院が可能となった

出典：奥州市国保衣川歯科診療所 佐々木勝忠先生 提供資料を引用改変

歯科医療サービスの提供体制の変化と今後の展望

● 近年の歯科保健医療を取り巻く状況の変化

- ・高齢化の進展等の人口構造の変化
- ・う蝕の減少等の疾病構造の変化
- ・ITの普及等による患者意識の変化
- ・歯科治療技術の向上

1980年



【患者の特性とその対応】
う蝕等の歯科疾患に対する、う蝕処置、抜歯、補綴治療などの歯の形態回復を目的としつつ、歯科医療機関完結型の歯科医療の提供が主体

2010年



【患者の特性とその対応】
う蝕が減少する一方で、高齢化の進展や疾病構造の変化等に伴い、患者の病態像に応じた歯科医療ニーズが高まってきた。

2025年(イメージ)



各ライフステージや様々な身体状況など、患者像に応じた、きめ細やかな歯科保健サービスへの転換

【患者の特性とその対応】
今後、より一層の高齢化が進展する中で、住民のニーズに応えるために、医科医療機関や地域包括支援センター等との連携を含めた地域完結型医療の中での歯科医療の提供体制の構築が予想される。

歯の形態回復を主体とした医療機関完結型の歯科医療

➡ 歯の形態回復に加え、口腔機能の維持・回復の視点も含めた
地域包括ケア(地域完結型医療)における歯科医療提供体制の構築へ

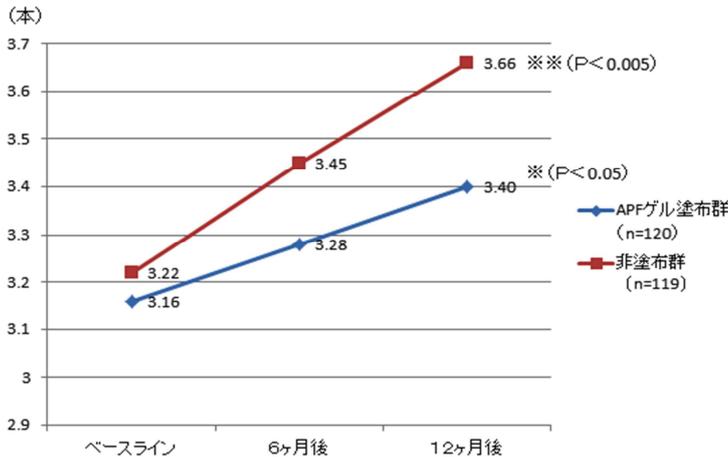
(医政局歯科保健課作成資料を一部改変)

フッ化物塗布の効果について

中医協 総 - 1
27. 11. 20

○ 9歳から16歳のう蝕ハイリスク者を対象とした調査において、6ヶ月ごとにAPFゲルを塗布した群と塗布していない群を比較した場合、APFゲルを塗布した群のう蝕本数が有意に少なくなっていた。

フッ化物塗布とう蝕本数の関係



対象:
9歳から16歳の者で、う蝕が3本以上のハイリスク者で歯科以外に健康な者
(歯科矯正治療や抗生物質治療を行っている者を除外)
・APFゲル塗布群: 健康教育、6ヶ月ごとにAPFゲルを塗布
・非塗布群: 健康教育

調査期間:
2008年10月から2010年2月

出典: Feasibility of including APF gel application in a school oral health promotion program as a caries-preventive agent: a community intervention trial (Journal of Oral Science, Vol.53, No.2, 185-191, 2011)

かかりつけ歯科医の効果について

中医協 総 - 3
27. 7. 22

新しいう蝕の発生と フォローアップ回数との関連

○ 歯科診療所に通院している2～18歳を対象とした調査において、フォローアップ回数が10回を超えると1回と比較して、有意に新しいう蝕ができにくくなっていた。

フォローアップの回数

1回	1.0	
2-4回	0.608	p=0.134
5-9回	0.415	p=0.065
10回以上	0.473	p=0.010

対象: 2002年から2008年に歯科診療所に通院している2歳から18歳の651人
分析方法: 「新しくできたむし歯の数」を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施

出典: Effect of Preventive Oral Hygiene Measures on the Development of New Carious Lesions, (Oral Health Prev. Dent, 12, 2014)

かかりつけ歯科医の有無と 現在歯数との関連

○ 65歳以上の高齢者を対象とした調査において、3年以上同じ「かかりつけ歯科医」がない者は現在歯数20本未満となるリスクが高くなっていた。

現在歯数が20本未満と関連する要因

	男性	女性
3年以上同じかかりつけ歯科医	あり 1.0	1.0
	なし 10.21 (3.06～34.08)	6.66 (1.43～30.97)

対象: 65歳以上の高齢者
現在歯数19本以下の高齢者79人(男性19人、女性60人)
現在歯数20本以上の高齢者85人をコントロール
調査方法: 質問紙調査
※「かかりつけ歯科医」: 「かかりつけの歯医者(3年以上同じ)がありますか」の問いに対して「はい」「いいえ」で回答する形式により把握。

出典: 高齢者で歯を20本以上保つ要因について～北海道東地域におけるケース・コントロール研究～(口衛誌61, 2011)